

支部名	●●●● 支部								認定証発行
処理 決 裁	支部受付	国保受付	審査	係長	課長	事務局(次長)	常務理事	専務理事	

所属支部をご記入ください

受診した（する予定の）人の、被保険者番号、氏名、
続柄、生年月日、年齢を記入してください

適用・標準負担額減額認定申請書

は忘れずに記入してください。

①受診した（する予定の）人を記入してください。		標準負担（食事等の負担）の減額対象者は、 非課税世帯の被保険者です。		
記号・番号	玉306・(●●) ●●●●●●			
受診者	氏名	国保 花子	生年月日	昭・平・令 ●年 ●月 ●日
	続柄	妻	年齢	● 歳
②受診した（する予定の）期間と病院名を、年		受診した（する予定の）期間と病院名を年度ごとに記入してください		
○令和6年8月から令和7年7月までの入...				
①	●月 ●日から ●月 ●日まで	受診日数 ●日	病院名 ●●●●●●●●	●●●●●●●●
●令和7年8月から令和8年7月まで（受診が途切れたら別々に記入してください）				
①	●月 ●日から ●月 ●日まで	受診日数 ●日	病院名 ●●●●●●●●	●●●●●●●●
②	●月 ●日から ●月 ●日まで	受診日数 ●日	病院名 ●●●●●●●●	●●●●●●●●
交付必要開始年月	令和 ●年 ●月			

申請日、組合員氏名、住所、電話番号を記入してください

必要年月を記入してください

●●年 ●●月 ●●日
組合員 氏名 国保 太郎
住所 埼玉県さいたま市南区鹿手袋● - ● - ● ☎ ●●●● - ●●●● - ●●●●

国保認定欄	記入不要
-------	------

